

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE ^{N°} 862

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger-Pierre VINTZEL

Né le 18 Janvier 1908, à CHAUMONT (Hte-Marne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

ESSAI

D'ANTIGÉNOTHÉRAPIE LOCALE
DANS CERTAINES TUBERCULOSES EXTERNES
ET EN PARTICULIER DANS LES
ADÉNITES TUBERCULEUSES

(TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR COURCOUX)
HOPITAL BOUCICAUT

Président : LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger-Pierre VINTZEL

Né le 18 Janvier 1908, à CHAUMONT (Hte-Marne)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

ESSAI

D'ANTIGÉNOTHÉRAPIE LOCALE DANS CERTAINES TUBERCULOSES EXTERNES ET EN PARTICULIER DANS LES ADÉNITES TUBERCULEUSES

(TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR COURCOUX)

HOPITAL BOUCICAUT

Président : LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

Doyen G. ROUSSY.

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri..	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOL..	Obstétrique.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELÈVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER.	
MOURE	
QUÉNU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tombé au Chemin des Dames, le 17 Juillet 1917

A LA MEMOIRE DE MA MERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LEREBoullet

Professeur d'Hygiène et de Clinique
de la Première Enfance
Médecin des Enfants Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommage de profond respect.*

A MON MAITRE
Monsieur le Docteur A. COURCOUX
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a inspiré et guidé ce travail.
En témoignage de profonde admiration
et de respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- M. le Professeur BEZANÇON (Saint-Antoine), 1928.
- M. le Professeur GOSSET (Salpêtrière), 1928.
- M. le Docteur AMEUILLE (Hospice Debrousse), 1929.
- M. le Docteur BRECHOT (Broussais), 1930.
- M. le Docteur DARBOIS (Tenon), 1931.
- M. le Docteur R. BERNARD (Tenon), 1931.
- M. le Docteur COURCOUX (Boucicaut), 1932-1933.

Sentiments de respectueuse reconnaissance.

A MM. les Docteurs BOQUET et NEGRE
de l'Institut Pasteur

INTRODUCTION

A notre arrivée dans le Service de Monsieur le Docteur Courcoux, à Boucicaut, nous ne connaissions l'Antigène méthylique que de réputation.

Cette nouvelle thérapeutique s'est vite imposée à notre attention, dès que nous avons pu en observer personnellement les heureux résultats obtenus dans certains cas de tuberculoses ganglionnaires ou chirurgicales, superficielles (et atténuées, dans l'ensemble).

C'est précisément pour cette catégorie de faits que notre Maître eut l'idée d'un traitement direct, réalisant l'Antigénothérapie locale, dont il mit au point la technique et qu'il nous conseilla d'essayer.

Sous sa direction, nous avons entrepris cette étude de méthode locale dans les manifestations tuberculeuses accessibles et nous avons rassemblé nos recherches cliniques et discuté ses résultats.

Nos essais, trop modestes, manquent d'ampleur pour permettre une appréciation définitive sur la méthode, et nous n'avons pas, bien entendu, cette prétention.

Il ne s'agit là que d'une petite contribution à une étude d'ensemble que seul, le recul du temps pourra juger de façon certaine.

Si ce travail peut, sur la foi de ses conclusions, inciter à poursuivre les recherches sur l'Antigénothérapie locale, nous aurons atteint notre but.

PREMIÈRE PARTIE

L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE

PRINCIPES. — Préparer un antigène tuberculeux, facilement maniable et d'innocuité reconnue, qui soit de composition fixe et de conservation durable, tel était le but des travaux qu'entreprirent, dès 1920, les auteurs Boquet et Nègre.

Ils orientèrent donc leurs recherches de façon à extraire les substances bacillaires qui interviennent dans la réaction de fixation du complément, c'est-à-dire, les *lipoïdes phosphorés*, après avoir éliminé les *cires et graisses* bacillaires, dont les propriétés fixatrices sont très faibles.

TECHNIQUE. — Nous rappellerons brièvement la technique mise au point par les auteurs et qui aboutit à la présentation, en ampoules, d'un antigène tuberculeux directement utilisable en thérapeutique.

a) Les bacilles provenant de cultures sur bouillon glycérimé, stérilisés par chauffage, lavés et desséchés, sont d'abord traités par l'acétone, ce qui a pour effet d'éliminer les cires et les graisses.

b) Le mélange est mis ensuite en contact pendant 10 jours avec l'alcool méthylique, solvant électif des lipoïdes. Ce contact prolongé permet la séparation,

en un dépôt microbien d'une part, un extrait des lipoïdes d'autre part. Celui-ci, débarrassé des corps bacillaires, est l'antigène tuberculeux.

c) L'émulsion injectable s'obtient en remplaçant par de l'eau distillée le solvant (l'alcool méthylique), qui est évaporé complètement dans le vide à 50°.

Réparti en ampoules, l'antigène méthylique injectable est délivré par l'Institut Pasteur, en solution diluée ou concentrée.

RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX. — L'étude du mode d'action expérimental eut pour objet de démontrer que le produit ainsi obtenu répondait bien à l'attente des auteurs. Voici, résumés, les résultats des expériences faites sur l'animal.

a) L'extrait méthylique des lipoïdes bacillaires se comporte bien comme un *antigène* : il est capable de faire apparaître des anticorps dans le sérum des animaux sains et d'augmenter le nombre de ceux qui existent normalement chez les animaux tuberculeux.

b) Il est bien toléré et, même à fortes doses, ne provoque pas de troubles graves.

c) Boquet et Nègre, étudiant ensuite son action sur la tuberculose expérimentale du cobaye, démontrèrent son rôle favorable.

Les animaux tuberculisés et traités par l'Antigène survécurent de 1 à 5 mois, aux animaux témoins.

Ils purent déterminer, empiriquement, les doses optima et, de cette étude, ils tirèrent un principe, dont put s'inspirer ensuite la médecine humaine : les doses

faibles sont souvent aussi actives (et moins nuisibles parfois) que les doses fortes.

d) En outre, les travaux expérimentaux permirent de constater deux ordres de faits différents :

1) L'augmentation du nombre de lymphocytes avec modification favorable du rapport $\frac{\text{Lymphocytes}}{\text{Monocytes}}$, signe de défense de l'organisme.

2) La production lente de sclérose cicatricielle constatée secondairement au niveau des foyers tuberculeux pulmonaires et rénaux du cobaye.

Expérimentation clinique

L'expérimentation clinique eut pour premier résultat de confirmer la propriété biologique de l'antigène, à faire augmenter le taux des anticorps.

Elle fit, en outre, constater son innocuité.

Introduit alors en thérapeutique, l'antigène fut utilisé par de nombreux auteurs, dans les manifestations tuberculeuses quelles qu'elles soient.

MODE D'APPLICATION. — A l'origine, diverses techniques furent employées, mais, lorsque les premiers résultats furent confrontés et comparés, Boquet et Nègre proposèrent les directives suivantes :

Traitement par injections sous-cutanées, deux fois par semaine, en commençant par $1/4$ de cm^3 de la solution diluée, et progressivement, suivant réactions

et susceptibilités du malade, en atteignant $1/2$ ou 1 cm^3 pur.

Avec la marge d'appréciation personnelle laissée aux praticiens, ce fut, ou à peu près, la méthode qui fut suivie.

LES ESSAIS CLINIQUES. — Les premiers essais furent entrepris par :

— Courcoux et Bidermann; Léon Bernard, Baron et Valtis ; Gonzalo Trumbull, Blankoff, sur les adénites bacillaires.

— Blankoff, Raphaël Massart, dans les tuberculoses ostéo-articulaires.

— Lortat-Jacob et Bethoux, Halbron et Isaac Georges, dans les tuberculoses cutanées et muqueuses.

— Souchet, Caboche, dans la tuberculose du larynx.

— Phelip et Triffault dans les tuberculoses génito-urinaires.

— Guinard, Armand Delille, etc., dans la tuberculose pulmonaire.

— Courcoux et Bidermann, dans les pleurésies séro-fibrineuses.

— Courcoux et Pierre Merklen, dans les pleurésies du pneumothorax thérapeutique.

RÉSULTATS D'ENSEMBLE. — Si les résultats furent, dans l'ensemble, encourageants, ils le furent à des degrés divers.

Les statistiques apportèrent des conclusions variables, suivant la forme tuberculeuse choisie comme champ d'expérience.

D'autre part, dans une même statistique, il fallut faire entre les différents cas observés, des discriminations.

CONCLUSION D'ORDRE GÉNÉRAL. — Avec le recul du temps, et les apports toujours plus nombreux d'observations, on peut, de l'analyse des résultats, tirer la conclusion d'ordre général suivante :

1) L'Antigène fournit des résultats excellents dans les tuberculoses limitées, accessibles ou circonscrites à un petit foyer, avec comme corollaire :

2) Les résultats sont moins probants et variables, si la forme envisagée est étendue ou profonde, trop ancienne, ou si l'infection est grave et multiple.

C'est pourquoi les meilleures statistiques sont fournies :

a) par les adénites tuberculeuses (Courcoux et Bidermann : 50 cas : 86 % ont tiré bénéfice du traitement) ;

b) par les tuberculoses ostéo-articulaires circonscrites et accessibles (Blankoff : 32 cas : 75 % d'amélioration ou de guérison) ;

c) par les lésions cutanées, localisées ou pulmonaires non étendues et non ouvertes.

Alors qu'au contraire, les résultats deviennent médiocres sur les formes pulmonaires évolutives et fébriles, ou chirurgicales profondes (coxalgies, maux de Pott).

RÉACTIONS OBSERVÉES. — Aucune réaction grave ne fut observée. Seuls, quelques auteurs, employant peut-

être des doses trop fortes, furent obligés d'interrompre momentanément ou définitivement la cure, par suite de réactions locales (érythème bénin) ou générales (élévation thermique légère).

Pratiquement, si la susceptibilité du malade est soigneusement étudiée, il n'y a pas de réaction.

MODE D'ACTION CLINIQUE. — a) Action sur l'état général : Elle fut constatée par de nombreux auteurs et consiste en une augmentation de poids avec reprise de l'appétit, une diminution de la température.

b) Action locale : Elle se traduit par un ralentissement et un arrêt de l'évolution du foyer tuberculeux, puis survient, dans les cas les plus favorables, le processus de guérison par assèchement et cicatrisation secondaire.

MODE D'ACTION THÉRAPEUTIQUE. — La guérison survient localement de la façon habituelle : le foyer tuberculeux s'entoure progressivement d'une zone de sclérose qui l'envahit concentriquement, l'isole et l'assèche. La cicatrisation secondaire vient parfaire le résultat anatomique.

L'envahissement fibreux, critérium de guérison, lorsqu'il survient comme conséquence indiscutable du traitement, est alors déclenché ou intensifié par l'antigène ; on peut donc se demander à quoi l'antigène doit cette propriété.

Or, son pouvoir antigène, si réel soit-il, n'est peut-être pas en cause.

Il résulte en effet de certains travaux, et en particulier des recherches effectuées dans la thèse de Bidermann, que : « Les injections d'antigène provoquent, certes, une abondante formation d'anticorps, mais il ne paraît exister aucun parallélisme entre le taux des anticorps et l'évolution clinique ».

Bidermann cite une évolution favorable dans des cas où le chiffre d'anticorps est faible et inversement.

Enfin, nous rappellerons que Calmette, d'un point de vue général, a dit :

« Il paraît établi que l'abondance plus ou moins grande d'anticorps ne révèle en aucune manière un état d'immunité ou de résistance à l'infection ».

— On ne peut pas, non plus, attribuer le mode d'action de l'Antigène, aux phénomènes réactionnels qu'il peut provoquer, puisque les réactions sont rares et que, lorsqu'elles s'observent, elles n'ont pas une influence manifestement favorable.

— L'augmentation des lymphocytes, souvent constatée, n'est pas, de même, en rapport direct avec l'amélioration.

CONCLUSION. — Il nous faut donc admettre que, si nous possédons dans l'antigène, un produit d'une efficacité souvent indubitable, nous n'avons pas la connaissance précise de son mode d'action intime.

Antigénothérapie générale et Antigénothérapie locale

— Dès 1923, notre Maître, M. le Docteur Courcoux utilisa l'antigène. Les premiers essais, qui portèrent

sur toutes les manifestations tuberculeuses, sans distinction, furent poursuivis et contrôlés pas à pas, pendant trois années, tant à l'Hôpital Boucicaut qu'au dehors.

— A la suite de cette première période, qui permit d'acquérir l'expérience du produit et une documentation riche par le nombre et la diversité des cas, les résultats obtenus furent rassemblés et analysés, dans la thèse qu'un élève du Docteur Courcoux, le Docteur Bidermann consacra à l'antigène en 1926.

— Voici les principales conclusions de ce travail :

« 1° L'antigène méthylique est un produit facile à manier, d'une innocuité à peu près complète, tout au moins dans les tuberculoses externes où les réactions générales et locales sont rares et habituellement légères, les réactions focales absolument exceptionnelles

2° Dans les adénites tuberculeuses, où nous l'avons surtout expérimenté, l'antigène méthylique agit parfois avec une rapidité remarquable et peut réussir là où les thérapeutiques usuelles avaient échoué.

Il donne ses plus beaux résultats dans les adénites suppurées où il entraîne l'arrêt de la suppuration, la cicatrisation des fistules et la régression des masses ganglionnaires.

Par contre, il ne parvient pas à modifier les adénites non suppurées, anciennes, sclérosées ou calcifiées.

3° Il mérite d'être utilisé dans les tuberculoses osseuses fistulisées, et dans les tuberculoses cutanées, ulcéreuses de vieille date où nous avons enregistré des succès.

4° Son efficacité paraît plus discutable dans les tuber-

culoses pleurales et dans la tuberculose pulmonaire où il demande à être manié avec prudence en raison de sa tendance à provoquer des petites hémoptysies.

5° Etant donné les très heureux résultats qu'on peut obtenir avec l'antigène méthylique, il paraît indispensable d'en poursuivre l'expérimentation. »

Ces conclusions, d'ailleurs corroborées par les premières statistiques des travaux contemporains, montraient déjà une certaine divergence des résultats, suivant les formes traitées.

Depuis lors, la poursuite des essais faite dans un sens plus restrictif, confirma ce point et précisa les indications et les contre-indications de la cure générale.

De plus, elle permit d'adopter pour certains cas bien déterminés, un mode d'emploi nouveau, l'*Antigénothérapie locale*.

DEUXIÈME PARTIE

ANTIGÉNOTHÉRAPIE LOCALE

PRINCIPE. — C'est l'introduction du médicament au siège même du mal.

JUSTIFICATION D'UN TEL EMPLOI. — Nous la trouvons dans l'aspect de « lésion localisée » que prend parfois l'atteinte tuberculeuse.

LA LÉSION LOCALISÉE. — Elle constitue un foyer tuberculeux isolé et circonscrit, dont l'évolution paraît se poursuivre en champ clos, car sa tendance expansive est jugulée par une ligne de résistance naturelle, une barrière anatomique fibreuse particulièrement développée qui suffit, la plupart du temps, à lui fixer des limites précises.

C'est dire que dans ces cas, que réalisent cliniquement d'une façon typique, l'adénopathie et l'orchio-épididymite bacillaires, la lésion, emprisonnée par cette coque fibreuse, va perdre ses possibilités d'extension de proche en proche, et amoindrir ses susceptibilités de localisation à distance ou de généralisation septicémique.

Cette double menace de bacillémie ou d'activité concomitante d'autres foyers, pesant moins lourde-

ment sur le pronostic, de telles formes peuvent donc être, à bon droit, considérées comme des réactions organiques particulières, à détermination unique, et être justiciables plutôt d'un traitement direct (à l'exemple des activités microbiennes locales), que d'un traitement général.

De fait, c'est là que le traitement chirurgical, essentiellement direct, trouve son emploi incontestable et fructueux. Il était naturel de penser que l'antigénothérapie locale, pouvant réaliser également cette action directe, *in situ*, devait être employée.

Premiers essais

Un certain nombre d'auteurs ont déjà expérimenté l'action du produit, en applications locales.

Huffschnitt a préparé pour cela une pommade en faisant absorber l'antigène concentré par un poids égal de lanoline, qu'il a appliquée sur les lésions cutanées de la tuberculose. Il a noté des réactions locales qui, lorsqu'elles persistaient, empêchaient la poursuite du traitement.

Il a traité 15 lupus vulgaires, obtenu 2 guérisons, 6 cas favorables, 7 insuccès.

Traitant des adénites, ou des lésions ostéo-articulaires suppurées, par instillation d'antigène dans les trajets fistuleux, ou compresses en application, il a obtenu 3 guérisons rapides (adénites) et a essuyé un échec dans 1 cas de coxalgie.

Huffschnitt conclut à l'action favorable sur les lésions superficielles ou facilement accessibles.

Gonzalo Corbalan Trunbull traita des tuberculoses péritonéales par injections intra-péritonéales, mais associa les injections sous-cutanées et ne put dire, de ce fait, l'avantage de cette méthode.

Dupont publie 2 cas d'hydrocèle vaginale, dont l'un n'avait pas été influencé par les injections sous-cutanées, et qui guérèrent par introduction locale d'antigène dilué, à dose progressive, de 10 en 10 jours.

Courcoux et P. Merklen, Courcoux et Bidermann ont essayé des injections intra-pleurales d'antigène, surtout en vue d'obtenir une action modificatrice des réactions de la plèvre et, peut-être, des lésions sous-jacentes.

Ils traitèrent 44 pleurésies du pneumothorax, dont 35, à liquide citrin, et 10 purulentes.

25, parmi les premières, furent favorablement influencées et disparurent en 3 mois maximum ;

4, sur les dix pleurésies purulentes, furent résorbées.

Dans les cas de pleurésies séro-fibrineuses, les résultats furent variables, 4 résorptions rapides sur 7 cas.

Camino, qui pratiqua également, et avec, sensiblement, la même technique (4 à 5 gouttes diluées à 1 cm³ pur, progressivement) des injections intra-pleurales, note souvent une influence favorable.

— Les auteurs, en raison d'une expérience trop récente, ou d'un nombre de cas trop restreint, ne se

prononcent pas sur la valeur intrinsèque du procédé et, non plus, sur sa valeur comparative vis-à-vis de l'antigène sous-cutané.

— Toutefois, on peut considérer comme acquis ces deux points :

D'une part, l'innocuité de la méthode qui n'a donné que des réactions locales rares et de peu de gravité ;

D'autre part, ses résultats encourageants dès l'abord et parfois très heureux.

— Dans ces conditions, nous avons pensé qu'il serait intéressant de poursuivre ces essais.

ESSAIS PERSONNELS

Indications précises

Compte tenu des données précédentes, l'antigénothérapie locale ne pouvait, en effet, s'appliquer qu'aux cas qui réalisaient nécessairement :

- 1° Un foyer localisé ;
- 2° Un foyer accessible directement.

Technique

Il nous a été, dès l'abord, difficile de fixer une ligne de conduite rigide, car nous avions à tenir compte de la nature de la manifestation tuberculeuse traitée, et de la sensibilité du malade à l'antigène.

Toutefois, nous avons pu employer, suivant les cas, une des trois méthodes suivantes :

- a) Instillation *in situ*, le plus couramment ;
- b) Compresse imbibées d'antigène, localement ;
- c) Pommade à l'antigène, en pansements ou frictions.

a) L'Instillation *in situ* offrit, elle-même, quelques particularités :

— A la phase de crudité (adénite non suppurée, froide par exemple), nous avons essayé d'éviter le

danger d'une fistulisation provoquée par l'injection directe, en piquant au voisinage du foyer, en peau saine, l'aiguille étant poussée secondairement, à l'intérieur du foyer.

— Si la suppuration avec fistule, s'est établie, l'ins-tillation a eu lieu directement, par ce pertuis, en prenant soin d'utiliser une aiguille mousse, c'est-à-dire, privée de son biseau, à section cylindrique.

— Enfin, il nous a fallu, au cours du traitement, tenir compte des cas intermédiaires où la suppuration est menaçante et s'accompagne de phénomènes de fluctuation et de tension douloureuse. Là, nous avons ponctionné et réinjecté l'antigène extemporanément. La persistance de la suppuration a pu, même, nous amener à renouveler cette technique à plusieurs reprises.

b) La méthode par compresses est employée plus rarement. Les compresses sont imbibées d'une quantité d'antigène égale à celle employée en injections, et appliquées localement deux à trois fois par semaine. Elles sont utilisées comme complément ou comme succédané d'un traitement par injections, en cas de difficultés ou d'impossibilité de pratiquer ces dernières.

c) La pommade est formulée de la façon suivante :

Antigène	} parties égales,
Lanoline	
Axonge	

et les pansements sont renouvelés plusieurs fois par semaine.

— Nous l'avions réservée aux tuberculoses cutanées.

— Plus récemment, nous l'avons appliquée en frictions douces, localement. Nous avons pensé, ainsi, prolonger la cure par l'antigène, empêcher une rechute avec reprise de la suppuration, dans le cas d'une fistule fermée récemment, ou prévenir une récurrence éloignée.

Doses employées

Nous avons commencé par des doses diluées, en tâtant la susceptibilité des sujets et en employant 0 cm³ 1, 0 cm³ 2, etc... (soit quelques gouttes de la solution). Nous avons monté progressivement, et en tenant compte des résultats obtenus, jusqu'à la dose maxima, jamais dépassée de 1 cm³ pur.

Les injections furent pratiquées à l'aide de la seringue de Barthélemy, à la cadence régulière de deux par semaine.

La durée du traitement est essentiellement sous la dépendance du résultat. Lorsque la guérison clinique fut obtenue, nous avons, dans certains cas, poursuivi quelques temps encore, en les espaçant insensiblement, les injections. De plus, nous avons engagé nos malades, à entretenir leur bon état, par des frictions hebdomadaires pratiquées localement, à la pommade à l'antigène.

Réactions

Elles furent de deux ordres : locales et générales, et, dans l'ensemble, rares et bénignes. Nous en avons observé 5 cas ; deux d'entre eux nécessitant l'arrêt du traitement.

RÉACTIONS LOCALES. — Il s'agissait, chaque fois, de phénomènes dont le premier symptôme, avertisseur, était la douleur au niveau de la piqure. Puis, un œdème localisé et rouge survenait dans les heures suivantes, mais sans jamais constituer d'abcès véritable. Ces signes disparaissaient en 24 à 48 heures.

Tels furent les cas de :

Mme Au... (Obs. I), qui fit une telle réaction, au 3^e mois du traitement alors que, depuis un mois, la dose injectée était de 1cm³ pur.

Mlle K... (Obs. XII), qui présenta une réaction douloureuse avec gonflement immédiatement consécutifs à une ponction (la cinquième pratiquée) suivie d'injection de quelques gouttes d'antigène pur.

M. Ju... (Obs. VI), chez qui la masse ganglionnaire dans laquelle une injection de 1/2 cm³ d'antigène pur venait d'être faite, devint rouge et très douloureuse (3^e mois du traitement).

RÉACTIONS GÉNÉRALES. — Elles furent toutes légères, c'est-à-dire uniquement caractérisées par une élévation thermique survenant le soir de la piqure et n'ayant, qu'une seule fois, dépassé 38°. Elles restèrent, sauf un cas, isolées.

Chez A... (Obs. I), il fut constaté une élévation de température à 38° le soir de l'injection, au 5^e mois de traitement. Celui-ci fut interrompu, car une réaction locale avait déjà été mentionnée deux mois auparavant. L'adénite était, d'ailleurs, pratiquement guérie.

Mlle Gu... (Obs. IV) accusa 38° de température au 2^e mois d'un traitement régulier, quelques heures après une injection. Un essai de reprise ultérieur ayant été suivi de la même réaction thermique, l'antigène fut abandonné.

Enfin, Mlle Chau... (Obs. XV) nota, à plusieurs reprises, de petits clochers fébriles autour de 37°5, d'une façon intermittente, sans aucun malaise, et dès le début. Le traitement put être poursuivi, prudemment, jusqu'à guérison.

RÉACTIONS ASSOCIÉES. — Nous avons observé, une fois, l'association d'une réaction générale à une réaction locale. C'est chez M. Ju... (Obs. VI) dont nous avons signalé ci-dessus, la réaction locale. Celle-ci s'accompagna d'une forte poussée fébrile (39°) avec malaise général. Le traitement fut abandonné momentanément.

Etude des réactions

Nous n'avons pas trouvé de lien commun véritable, entre les réactions observées. Elles apparurent à des dates diverses du traitement : la plupart, pourtant entre le 2^e et 5^e mois, alors que les doses étaient fortes

(1/2 à 1 cm³ pur) mais que leur progression douce et insensible avait été respectée.

La nature, supprimée ou non, des adénites n'est pas en cause et c'est, croyons-nous, la prédisposition individuelle qui joue son rôle.

LIGNE DE CONDUITE VIS-A-VIS DES RÉACTIONS. — Sans aller jusqu'à affirmer leur utilité thérapeutique, nous n'avons pas considéré les réactions, lorsqu'elles sont légères, comme un obstacle au traitement. Nous l'avons interrompu une semaine ou deux, et repris à des doses moindres. Les trois cas, où nous avons opéré de la sorte, ont été suivis de guérison, sans autre incident. Nous n'avons interrompu définitivement qu'en cas de réaction violente, ou de récurrence. (M. Au... (Obs. I) et Mlle Gu... (Obs. IV).

CONCLUSION. — Etant donné le petit nombre de cas observés, nous n'en pouvons tirer de conclusion générale. Toutefois, nous croyons pouvoir insister particulièrement :

- a) Sur la rareté réelle des réactions ;
- b) Sur leur bénignité générale, qui n'en fait pas un obstacle à la cure ;
- c) Sur l'absence de règle absolue, les concernant, sauf peut-être, celle d'agir au début, pour tâter le terrain, à des doses faibles.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

ADÉNITES TUBERCULEUSES

Les adénites tuberculeuses, qui réalisent une des meilleures indications de l'antigénothérapie locale, ont été surtout à la base de nos essais.

Toutefois, nous avons limité notre expérimentation aux adénites d'apparition récente, à tendance évolutive caractérisée par ce double fait : augmentation de leur volume et sensation de gêne et de tension à leur niveau.

Nous n'avons pas entrepris l'antigène local, sur des ganglions anciens, fibreux ou surtout calcifiés, considérés par là-même, comme guéris.

16 cas ont été traités que nous pouvons classer en : adénites non suppurées, 6 ; adénites suppurées, 10.

Résultat d'ensemble : 14 de nos malades sur 16, ont guéri ; nous eûmes à subir un échec franc et à interrompre une cure par suite de réaction fébrile récidivante. Ce sont les modalités de ces résultats qu'il nous faut étudier.

Etude du processus de guérison par l'Antigène

1° ACTION SUR LA PÉRI-ADÉNITE. — Elle a été, la plupart du temps, immédiate et rapide. Sous l'influence de l'antigène, la péri-adénite qui constituait une masse

imprécise et fixée, a diminué de volume, s'est limitée ; au fur et à mesure qu'elle disparaît, les ganglions, à son intérieur, deviennent palpables, puis finalement restent isolés et mobiles.

Ainsi chez Au... (Obs. I) et chez Ou.. (Obs. V) d'importantes masses de péri-adénite, de la grosseur d'une mandarine, ont fondu, la première en moins de deux mois, la seconde en un mois.

Nous devons citer une exception : Mlle Fer... (Obs. VIII), dont la péri-adénite n'a pas régressé, malgré trois mois de traitement régulier et où, en outre, la suppuration s'établit au 4^e mois.

2° ACTION SUR LA SUPPURATION. — Dans les cas d'adénite suppurée, où nous utilisons la ponction associée à l'injection d'antigène, nous avons observé une action nette sur l'abondance du pus et son aspect. Il diminue et se fluidifie, puis sourd par intermittence et se tarit. La fistule se cicatrise rapidement.

Nous pouvons citer, à l'appui de ces constatations, les observations :

a) De M. Vi... (Obs. XI), dont l'adénite sus-claviculaire droite suppurait depuis plusieurs mois. L'antigène arrêta la suppuration en un mois (5 ponctions et injections).

b) De Mme Tar... (Obs. IX) dont l'adénopathie suppurait depuis 3 mois. En 1 mois 1/2, la fistule est tarie, puis la malade devant accoucher, le traitement est abandonné. Nouvelle suppuration qu'une seule ponction, suivie d'antigène local, arrête définitivement.

c) De Mme Ler... (Obs. XIII) dont la fistule suinte depuis 2 ans, presque constamment ; l'antigène la ferma en 3 mois.

Dans 9 cas, nous avons obtenu la même évolution, seul le temps mis à l'obtenir varia. Si, en moyenne, 3 à 4 mois suffirent, il nous faut citer les cas plus rebelles de :

Mlle Ferr... (Obs. VIII) où l'antigène non seulement n'empêcha pas la suppuration, mais ne put encore obtenir une cicatrisation définitive qu'au bout de 13 mois.

Mlle Chau... (Obs. XV), où 5 mois de traitement n'empêchèrent pas un suintement minime, mais gênant, de sourdre par une fistule qui ne fut fermée qu'au bout de 10 mois.

Il nous faut également relater l'échec obtenu chez M. Ju... (Obs. VI), qui présentait une adénite rétrocrurale de la grosseur d'un œuf de pigeon, suppurant à la suite d'une incision chirurgicale, et où l'antigène, introduit régulièrement dans la plaie, fut sans effet pendant trois mois.

CICATRICES. — Enfin, nous avons observé que les cicatrices laissées par les fistules étaient, dans l'ensemble, bonne et libres. Nous avons pu les comparer avantageusement dans 2 cas aux cicatrices laissées par une intervention chirurgicale (Ju..., VI) ou à un drainage filiforme (Ler..., XIII).

3° ACTION SUR L'ADÉNITE PROPREMENT DITE. — La péri-adénite disparue, la suppuration tarie, l'antigène

prolonge son action : les ganglions isolés diminuent de volume, prennent des contours arrondis, deviennent mobiles et indolents. Dans certains cas, ils disparaissent (deux cas : Sor..., II et Lar..., XIV) ; dans d'autres, plus nombreux, devenus de la grosseur d'un pois, ils finissent par acquérir une dureté fibreuse, témoignage de la guérison anatomique.

Ce stade d'évolution est plus lent ; il est nécessaire, pour l'obtenir, de prolonger la cure d'antigène au delà de la cicatrisation nette de la lésion et c'est là que le Docteur Courcoux nous a conseillé de recommander les frictions (à la pommade à l'antigène) à nos malades guéris.

4° ACTION SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL. — Parallèlement à l'action locale, il faut tenir compte de l'action bien-faisante du traitement sur l'état général.

Elle nous a été démontrée, au fur et à mesure de nos essais, par la courbe de poids et l'interrogatoire de nos malades.

Citons les cas de :

M. Au... (Obs I), qui a pris 2 kgr. pendant la cure.

M. Mi.. (Obs. III), qui engraisa de 10 kgr. et qui vit disparaître pendant la cure un état fébrile et une fatigue générale persistante depuis plusieurs mois.

M. Eh... (Obs. VII), qui prit 3 kgr. 400 en 3 mois.

— L'amélioration de l'état général a eu, dans certains cas, l'avantage de permettre à quelques malades de reprendre leur travail, tout en poursuivant régulièrement leur traitement.

Résultats d'ensemble : Si nous consignons les résultats généraux obtenus, à la suite de nos essais, voici comment nous pouvons les établir :

Adénites non suppurées : 6

GUÉRISONS OBTENUES	ÉCHECS	RÉSULTATS INCERTAINS
4	1	1
en 1 mois 1/2	Malgré trois	Cas interrompu, suite
en 3 mois 1/2	mois de traitement : sans	de réactions générales.
en 6 mois	aucun effet.	

Adénites suppurées : 10

GUÉRISONS OBTENUES	ÉCHECS	RÉSULTATS INCERTAINS
9	0	1
en 2 mois		Amélioration, mais en
en 2 mois 1/2		en cours de traitement.
en 3 mois		Résultats incertains : 2
en 4 mois		
en 4 mois		
en 5 mois		
en 10 mois		
en 11 mois		
en 13 mois		

TOTAL : Guérisons 13 Echechs : 1

Soit 81 % de nos malades, guéris.

Certes, ce tableau met en valeur l'efficacité du traitement, mais il n'est toutefois que le résultat brut de nos essais et demande à être analysé.

Interprétation des résultats

L'interprétation critique des résultats se base sur une double considération :

a) La durée parfois, exagérément, longue du traitement ;

b) L'examen des résultats éloignés et les possibilités de récurrence.

a) LA DURÉE DU TRAITEMENT. — Lorsque, pour obtenir la guérison, le traitement a dû être prolongé 6 à 8 mois, et même un an, cette résistance particulière peut faire estimer que, dans ces cas, l'action de l'antigène non seulement n'a pas été manifeste, mais encore qu'elle a été douteuse.

Car il n'est pas interdit de penser que, dans le même laps de temps, l'adénite pouvait guérir spontanément.

b) LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — L'étude des résultats éloignés conditionne, dans une certaine mesure, la valeur d'un traitement, qu'une récurrence, *in situ*, apparaissant peu de temps après sa terminaison, amoindrirait singulièrement.

Nous avons observé, une fois, une telle récurrence : chez Col... (Obs. XVI), deux mois après une cure pourtant prolongée, et alors que la fistule paraissait définitivement cicatrisée.

Autant qu'il nous a été possible de le faire, nous avons cherché à revoir nos malades après guérison. Chez beaucoup, contrôlée, la cicatrisation s'était maintenue et consolidée.

Exemples : Ett... (VII), Mil... (III) et Chau... (XV), qui furent revus, comme nous l'avons noté, 4, 5 et 6 mois après l'arrêt de l'antigène.

Pour quelques autres, le fait que nous les avons pas

revus pouvait constituer, en quelque sorte, la preuve de leur bon état éloigné.

Mais ceux qui nous ont échappé et ceux dont la guérison est trop récente forment un groupe pour lequel nous ne pouvons citer, à l'appui de notre méthode, des résultats éloignés convaincants.

Conclusion

Présentée ainsi, cette double restriction nous empêche de faire état de 2 de nos malades dont le traitement a été prolongé 11 et 13 mois et de celui qui présentait rapidement une récurrence.

Un nouveau tableau qui ne présenterait que des cas indiscutables, s'établirait comme suit :

Adénites traitées : 16

GUÉRISONS OBTENUES	ÉCHECS	RÉSULTATS INCERTAINS
10 (75%)	1	(ou partiels)
de 1 mois 1/2		5
à 5 mois		

Antigène local et Antigène général sous-cutané

Sans faire une étude comparée des diverses méthodes employées vis-à-vis des adénites tuberculeuses, nous pouvons toutefois confronter nos résultats avec ceux obtenus par le Docteur Bidermann (et relatés dans la thèse de celui-ci) qui traita ses adénites par les injections sous-cutanées d'antigène.

Il a noté, dans un tableau général, 54 % de guérison, 24 % d'échecs, 22 % d'amélioration.

Mais il a opéré sur un plus grand nombre de malades et étendu ses indications aux adénites anciennes où, comme il était à prévoir, l'antigène n'a que peu d'action. Ajustée à la nôtre, sa statistique montre 73 % de guérisons (obtenues de 1 mois à 1 an), 27 % d'échecs ou de résultats partiels (adénites récentes, suppurées ou non, seulement). De plus, nous avons eu l'occasion, 5 fois, d'avoir des points de comparaison avec cette méthode. Voici dans quelles conditions :

— Mlle Eh... (Obs. VIII) fut traitée par l'antigène général, lors de l'apparition d'une adénite cervicale gauche ; sans aucun effet : l'adénite grossit, devint fluctuante et s'abcéda. L'antigène local institué arrêta la suppuration en 2 mois.

— Mlle Sau... (Obs. X) présentait une adénite récidivante. La première atteinte fut traitée sans résultat par les rayons U. V., puis par l'antigène général, avec une première phase d'amélioration, puis une suppuration incoercible s'établit.

La cicatrisation, vicieuse d'ailleurs, ne fut obtenue qu'en un an.

La récidive, traitée dès le début par l'antigène local, fut guérie en 4 mois.

— M. Vi... (Obs. XI) est traité par injections d'antigène pour une adénite suppurant depuis plusieurs mois. L'antigène local tarit la fistule en 2 mois.

— Mlle Lar... (Obs. XIV) : adénite cervicale gauche, d'apparition récente, qui grossit, se fistulise au 2 mois et suppure encore au 6 mois, malgré un trai-

tement général. La méthode locale amena la cicatrisation en 1 mois 1/2.

— Enfin, chez Mlle Ferr... (Obs. VIII), où l'on n'obtint la guérison qu'en 13 mois, on a noté dans ses antécédants une adénite sus-claviculaire 2 ans auparavant qui, traitée par l'antigène sous-cutané, avait résisté 14 mois.

La résistance au produit s'était manifestée dans les deux cas.

CONCLUSION. — Si, dans l'ensemble, l'antigène local ne fournit pas une marge de supériorité sensible vis-à-vis du traitement général, il apparaît qu'il est susceptible : 1° d'agir plus rapidement et en particulier sur la suppuration; 2° d'avoir une bonne action, là où ce même traitement échoue ou est inconstant.

AUTRES TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Nous avons eu l'occasion de rencontrer, dans le service de notre Maître, M. le Docteur Courcoux, différents cas de tuberculoses chirurgicales (autres que les adénites) et qui, localisées et surtout accessibles, entraient dans le cadre de notre expérimentation.

C'est ainsi que nous avons traité par l'antigénothérapie locale quelques abcès froids, d'origine variable, et deux fistules anales.

Nous avons suivi, à peu près exactement, la même technique d'instillation du produit, *in situ*, soit par piqûre de voisinage, soit par injection directe (par la fistule). Les doses ont été les mêmes, c'est-à-dire : quelques gouttes d'antigène dilué d'abord, pour finir progressivement à 1 cm³ pur (maximum), et ceci deux fois par semaine, en moyenne.

Abcès froids

Nous en avons traité six, trois d'origine costale, deux d'inoculation et un abcès froid abdominal.

ABCÈS FROIDS THORACIQUES. — Deux des cas traités ont été particulièrement heureux :

— M. Jas... (Obs. XVII), dont l'abcès froid fistulisé, de la grosseur d'un œuf, remontait à deux mois. La suppuration s'arrêta en 3 mois et, au 4^e mois, à la fin du traitement, il n'y avait plus, localement, comme témoin de l'abcès, qu'une fistule punctiforme, avec souplesse des tissus environnants. L'état général avait été très amélioré.

Mlle Dou... (Obs. XIX), qui présentait une tuméfaction analogue et dont le début remontait à 10 mois, avait été traitée pendant cette période par l'allergine, sans résultat, sur une suppuration interminable.

L'antigène local, en 2 phases de 3 mois et d'un mois (interruption pour accouchement), a cicatrisé l'abcès.

— Le troisième cas fut, pour nous, un échec. Il s'agissait d'un malade (Pi..., XXII) présentant un abcès froid costal. La suppuration s'est établie et s'est maintenue abondante malgré un traitement qui n'a donné, 4 mois durant, aucune espèce d'amélioration et fut abandonné par le malade.

ABCÈS FROIDS D'INOCULATION. — De tels abcès, qui sont d'ailleurs rares, surviennent et se développent insidieusement après une ponction pleurale du pneumothorax artificiel. Ils constituent un petit nodule sous la peau et grossissent lentement.

Nous en avons traité deux, par l'antigène local. Ils ont d'ailleurs cédé rapidement et disparu en un à deux mois (Dad..., XXI) et Chem... (XX).

ABCÈS FROID ABDOMINAL. — Celui-ci qui, comme nous le rapportons (Fla..., XVIII), fut d'abord pris pour

Digitized by Google

une hernie épigastrique, a suppuré longuement et plus de six mois de traitement furent nécessaires pour obtenir la cicatrisation.

En résumé, l'efficacité du traitement est, là encore, indiscutable puisque, sur 6 cas, nous obtînmes 4 guérisons rapides et une guérison plus lente, un seul échec.

Fistules anales

Nous avons enfin pu traiter, par instillations d'antigène, deux fistules anales, avec, dans un cas (Kl..., XXIV), un succès très rapide ; dans l'autre, nous dûmes nous contenter d'une amélioration nette, car la suppuration a persisté, quoique réduite à un suintement minime (actuellement, traitement en cours).

Conclusion

Comme pour les adénites, l'antigène local, dans des diverses tuberculoses externes *accessibles*, parvient souvent à tarir très vite une suppuration, puis à cicatrifier une fistule.

Là, comme ailleurs, cette action favorable n'est pas entièrement constante, mais des réussites particulièrement heureuses, comme nous en avons observé, militent en sa faveur et doivent inciter à en poursuivre l'expérimentation.

TUBERCULOSES CUTANÉES

Champ d'expérience précoce de l'antigène, où déjà les premiers auteurs notaient son « habituelle efficacité », la tuberculose cutanée est, en outre, un terrain favorable à l'application d'une méthode locale.

Etant donné les trop rares occasions que nous eûmes d'en faire l'expérience, nous n'avons pas la prétention de risquer une appréciation définitive, à son sujet.

Toutefois, nous pouvons citer deux cas où le résultat fut particulièrement démonstratif (Obs. XXV et XXVI).

L'un d'eux surtout (XXV) où une gomme tuberculeuse ulcérée, qui avait résisté pendant plus d'un an à un traitement d'antigène sous-cutané, puis anti-syphilitique d'épreuve, s'est améliorée de façon rapide grâce à la pommade à l'antigène et s'est cicatrisée définitivement en quelque mois.

Il n'y a pas lieu de croire que de tels faits restent isolés et nous avons la conviction que c'est là une méthode qui peut réussir dans bien des circonstances.

QUATRIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

I. — Adénites non suppurées

Obs. I. — *Adénite sus-claviculaire droite avec péri-adénite importante. Régression d'abord rapide, puis lente. Deux réactions : locale et générale. Guérison en 5 mois. Action nette sur l'état général.*

Mme Aug. Berthe, 67 ans, sans profession.

Vient consulter le 26 juin 1934, pour une adénite sus-claviculaire d'apparition récente. A l'examen, on constate l'existence de plusieurs ganglions récents dans une masse importante de péri-adénite. Poids : 44 kg. 700. Poumons, 0 ; B. K., 0 ; T. 37°.

Injections d'antigène local dès le 26 juin 1934 ; progressivement la dose de 1 cm³ pur est atteinte sans incident (4 août 1934). A ce moment : diminution de la péri-adénite. Etat général amélioré ; 46 kg. 100.

Le 6 septembre 1934 : réaction locale consécutive à la piqûre, sous forme d'œdème rouge et douloureux. On reprend l'antigène à 1/4 cm³ pur, pour atteindre le 9 septembre 1934, 1 cm³ pur, à nouveau.

Le 16 octobre 1934 : la péri-adénite a entièrement disparu, les ganglions ont repris leur mobilité et leur indolence. Le traitement est néanmoins poursuivi, mais le 1^{er} décembre 1934, une élévation thermique à 38°, le soir de l'injection, fait interrompre à nouveau et définitivement l'antigène, alors que la malade était considérée comme guérie.

Revue le 14 décembre 1935. La guérison se maintient. L'amélioration de l'état général se poursuit. Poids : 48 kg.

Obs. II. — *Adénopathie sterno-mastoïdienne droite. Guérison en 3 mois 1/2. Pas de réaction.*

Mme Sor... Marie, 58 ans, sans profession. Poumons, 0.
Poids : 61 kg. 500.

Présente, le 26 octobre 1934, un ganglion sterno-mastoïdien droit, apparu depuis quelques semaines, de la grosseur d'une noix, de consistance rénitente, avec légère péri-adénite.

Le traitement est entrepris dès le 26 octobre 1934 et poursuivi régulièrement sans incident. (On ne trouve plus trace de l'adénite).

Guérison le 12 février 1935. Poids : 61 kg. 800.

Revu le 19 mars 1935. Guérison maintenue.

Obs. III. — *Etat général mauvais. Fièvre persistante. Adénite inguinale droite à début insidieux. Traitement amenant la sédation des phénomènes généraux rapidement. Amélioration locale lente, guérison en 1 an.*

Mme Mi... Marcelle, 30 ans, sans profession.

Mme Mi... présentait, depuis février 1934, un état fébrile (37°5-39°) persistant, qui amène à faire pratiquer plusieurs examens spéciaux : radiographie, hémoculture, etc..., qui restèrent négatifs.

— En mai 1934, la persistance des phénomènes généraux, fièvre, fatigue, décide la malade à entrer à l'hôpital pour mise en observation. Là, les divers examens déjà signalés sont refaits, sans résultat.

— Au cours d'un examen minutieux, on constate la présence d'un petit ganglion de la grosseur d'une noix, au niveau du pli inguinal droit, — et à son niveau, en vue de vérifier la possibilité d'une maladie de Hodgkin, on pratique une biopsie.

Celle-ci montre des cellules géantes et des lésions microscopiques tuberculeuses, mais pas de cellules de Sternberg.

Un traitement à l'antigène local est alors institué (juin 1934).

— Celui-ci a amené, en quelques semaines, une amélioration rapide de l'état général, avec disparition de la température.

— La malade, dans l'obligation d'accomplir un voyage à Madagascar (pendant lequel elle a poursuivi le traitement), est revue 6 mois après.

L'apyrexie est maintenue et l'état général excellent. La malade a repris 10 kg. (Juillet 1935).

Obs. IV. — *Adénite cervicale gauche, péri-adénite légère. Amélioration locale et générale. Réaction générale persistante. Traitement interrompu.*

Mlle Gu... Renée, sténo-dactylo, 33 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Poids : 61 kg. 500. Radio, 0. Bon état général.

Présente une adénite cervicale gauche constituée par de nombreux petits ganglions réunis par de la péri-adénite et vient consulter le 22 mars 1934.

Traitement entrepris dès ce jour, de la façon habituelle : injections locales.

Le traitement doit être interrompu le 26 mai 1934, alors que l'amélioration se poursuivait et que l'état général était influencé favorablement (63 kg.), par suite d'élévation de température à 38° ; renouvelée, le soir des injections.

Obs. V. — *Adénite sous-maxillaire gauche et péri-adénite. Disparition de la péri-adénite. Diminution du volume des ganglions et guérison rapide.*

Ou... Mohamed, 32 ans.

Entre à l'hôpital le 29 novembre 1932 et présente : 1° des lésions pulmonaires bilatérales et, 2° une adénite apparue depuis 1 mois 1/2, qui augmente de volume.

Cette adénite, qui est sous-maxillaire gauche, est formée de plusieurs petits ganglions de la grosseur respective d'une noisette, entourés d'une gangue de péri-anéidite.

Antigène local de 4 en 4 jours. Début le 14 décembre 1932.

Arrêt le 21 janvier 1933. Le malade sort le 24 janvier, avec une température redevenue normale.

Localement le 23 janvier. Très grosse amélioration : disparition complète de la péri-adénite ; on sent très nettement deux petits ganglions durs et lisses, du volume d'un pois.

Obs. VI. — *Adénite rétro-crurale droite, récente. Forte réaction locale et générale. Incision chirurgicale. Reprise du traitement sans résultat tangible.*

Ju... Victor, 27 ans.

Ancien tuberculeux pulmonaire, porteur d'un pneumothorax gauche (institué le 7 novembre 1930).

Vient consulter le 12 janvier 1933, pour une tuméfaction de la région de la fosse iliaque droite, apparue depuis quelques jours. Envoyé en chirurgie où l'on fait le diagnostic d'adénopathie rétro-crurale droite probablement tuberculeuse et où un transit intestinal vérifie l'origine extra-cæcale de la tumeur.

— A l'examen, on perçoit une masse douloureuse de la grosseur d'un œuf de pigeon, dure et bien limitée, mais peu mobile, immédiatement située au-dessus de l'arcade crurale droite.

— L'antigène est injecté localement dans la masse ganglionnaire à partir du 22 mars, tous les 2 jours, à doses croissantes. La masse se limite mieux, mais lorsqu'on arrive à l'antigène pur ($1/2 \text{ cm}^3$) elle devient très douloureuse et rouge, et la température monte à 39° le soir.

— Le traitement est interrompu et le malade passe

en chirurgie le 3 juillet 1933, où l'incision est pratiquée. Suppuration persistante malgré le traitement *A local* par la plaie depuis *novembre*.

Le malade est sorti le 16 janvier 1934. Etat général médiocre. Température : 38°-38°5.

II. — Adénites suppurées

Obs. VII. — *Adénite cervicale gauche, très vite fluctuante malgré un essai d'antigène général, sous-cutané ; dès l'institution de l'antigène local, accompagné de 2 ponctions suivies d'injection, amélioration rapide. Guérison en 2 mois 1/2.*

Mlle Et..., 18 ans, employée de banque. Pas d'antécédents tuberculeux. Poids : 50 kg. 200.

Voit apparaître, le 3 avril 1934, une adénopathie cervicale gauche qui, rapidement, grossit et devient fluctuante.

Le 4 avril 1934, on institue un traitement par injections sous-cutanées d'antigène, progressivement. Peu d'amélioration et, le 17 avril 1934, devant la menace d'abcédation, on pratique une ponction.

A partir de cette date, et après une nouvelle ponction suivie d'injection locale de quelques gouttes d'antigène, on institue le traitement local régulièrement, 2 fois par semaine.

Guérison le 3 juillet 1934. La malade bénéficie d'un congé de deux mois à l'issue duquel (le 25 octobre 1934) elle est revue. Guérison maintenue: Poids : 53 kg. 600.

Obs. VIII. — *Adénopathie cervicale droite, péri-adénite. L'antigène n'a pas prévenu la suppuration. L'amélioration a été tardive. La guérison obtenue seulement*

au bout de 13 mois. Adénite antérieure traitée par antigène sous-cutané. Résultat analogue.

Mlle Fer..., 18 ans. Antécédents tuberculeux. Adénite tuberculeuse en 1931.

Grosse adénopathie cervicale droite, avec péri-adénite depuis le 18 mai 1933.

Le traitement par injections locales d'antigène, à doses régulièrement croissantes (jusqu'à 12 gouttes pur) est institué le 24 mai 1933.

— L'amélioration ne se manifeste pas tout d'abord et on est amené, devant la menace d'abcédation, à pratiquer, puis à renouveler une ponction suivie d'injection. (21 octobre 1933, 4 novembre 1933, 22 novembre 1933).

— Puis l'adénite se refroidit, sans diminuer sensiblement de volume.

— Enfin l'amélioration se poursuit lentement.

— La guérison n'est obtenue que le 19 juin 1934.

Nota. — La malade avait présenté une adénopathie sous-angulo-maxillaire droite à la date du 17 juin 1931. Le traitement par antigène sous-cutané avait été pratiqué à la dose de 1 cm³ pur, sans interruption, pendant 14 mois. Guérison le 13 octobre 1932.

Obs. IX. — *Adénite sus-claviculaire droite, suppurée.*

Action très nette de l'antigène. Guérison rapide si l'on tient compte d'une interruption forcée.

Mlle Tar... Renée, 18 ans, employée de banque, 57 kilos 200.

Antécédents de tuberculose apicale (avec B. K. dans l'expectoration.

— Mlle T. constata, en juin 1932, l'apparition d'une adénite sus-claviculaire droite qui évolua rapidement vers la suppuration.

— Injections locales d'antigène : 1, 2, 4... 10 gouttes (pur), à partir du 31 octobre 1932.

— Le 13 décembre 1932, l'amélioration est très grande, mais la malade, au terme d'une grossesse, doit abandonner le traitement.

— Celui-ci est repris, post-partum, le 9 février 1933.

Il nécessite une ponction précédant l'injection (le 24 février 1933). La guérison est obtenue le 23 mai 1933. Poids : 59 kg. 100.

Obs. X. — *Adénite cervicale droite récidivante suppurée. Guérison, bonne cicatrice.*

Mlle Sa..., 23 ans, sans profession.

Présente, le 13 novembre 1934, une adénite cervicale droite récidivante. [La première atteinte, traitée en ville par les rayons U. V., sans résultat, puis par l'antigène avec amélioration nette dès le début, avait laissé une cicatrice vicieuse et adhérente. Elle remontait à deux ans].

Peu de temps après son apparition (le 4 décembre 1934), l'adénite s'est fistulisée, malgré le traitement local qui avait été institué le 13 novembre 1934.

La suppuration a été tarie rapidement et la guérison survint le 19 mars 1935. La cicatrice est petite et libre.

Obs. XI. — *Adénopathie sus-claviculaire droite suppurée. Antigène général, plusieurs mois, sans résultat. Ponctions et injections associées d'antigène localement, ont amené l'arrêt de la suppuration. Les frictions à la pommade ont fait rétrocéder les ganglions. Guérison entière en 2 mois.*

M. Vi..., 16 ans, présente une adénopathie sus-claviculaire droite, ancienne et qui suppure depuis plusieurs mois (début 1933).

Un traitement général par injections sous-cutanées d'antigène, institué, ne donne que peu d'amélioration.

— On emploie alors l'antigène local après ponction

et on pratique ainsi, en un mois, 5 ponctions suivies d'injection d'antigène. La suppuration est arrêtée au bout de ce laps de temps.

— On obtient ensuite une rétrocession progressive de la masse ganglionnaire, et son refroidissement par des frictions répétées, à la pommade à l'antigène.

— Une petite adénopathie rétro-maxillaire apparue, a cédé également aux frictions.

La guérison a été obtenue en deux mois.

Obs. XII. — *Adénopathie cervicale droite suppurée. Ponctions et injections associées. Réaction locale. Diminution progressive de la suppuration. En cours.*

Mlle K... présente depuis quelques mois une grosse adénopathie cervicale droite, laissée sans aucun traitement.

Cette adénopathie, de la grosseur d'un œuf de pigeon, s'accompagne de péri-adénite, devient fluctuante rapidement.

On pratique alors 5 ponctions, de 4 en 4 jours, avec injections d'antigène. Lors de la dernière injection, réaction locale, douleur et œdème.

Avec une dose moindre, une dernière injection après ponction a lieu.

— La poche est bien vide. Il persiste une suppuration minime ; le pus est très fluide.

— Cette malade est en cours de traitement.

Obs. XIII. — *Adénite sus-claviculaire droite ancienne. Suppuration interminable. Antigène local a tari la fistule en trois mois.*

† Mme Le..., ménagère, 45 ans.

Mme L. a présenté, en février 1930, une adénite suppurée droite pour laquelle on pratiqua un drainage filiforme. Après une régression passagère, une récurrence eut

lieu et on a noté, le 26 mai 1931, l'existence d'une fistule et de deux cicatrices inflammatoires.

Revue ensuite à différentes dates, Mme L. a vu s'établir par cette fistule une suppuration tantôt minime, tantôt abondante et l'on peut dire que pendant deux ans (1933-1934), cette suppuration ne s'est pas, à proprement parler, tarie.

Le 17 avril 1935, nous notons l'existence d'une masse ganglionnaire dure dans la région sus-claviculaire, de la grosseur d'un œuf de poule, et nous apercevons deux fistules, distantes de 2 cm., rétractiles et adhérentes, par où suinte un mélange de pus et de sang, et qui sont les témoins du passage du séton.

Injections de voisinage à l'antigène dilué $1/4 \ 1/2 \text{ cm}^3$ et progressivement à l'antigène pur : 1 cm^3 .

Le 11 juin 1935, une fistule est tarie ; il persiste par l'autre un suintement léger, le plus souvent sanguinolent. La masse ganglionnaire est de la grosseur d'un œuf de pigeon et n'est pas douloureuse.

Le 11 juillet 1935, la suppuration est tarie. Les fistules sont fermées définitivement. Etat général très amélioré.

Obs. XIV. — *Adénite cervicale gauche récente. Antigène général, sans effet. Suppuration. Antigène local arrête la suppuration en 1 mois $1/2$. Amène la guérison en 4 mois. Guérison maintenue.*

Mlle La... Christiane, employée de commerce.

Vient consulter le 29 mai 1933, pour une adénite cervicale gauche indolente, à début insidieux, dont le début remonte à 15 jours

— Etat général bon. Poumons 0. Poids 49,550.

Antigène général, sous-cutané, $1/4$ à 1 cm^3 , dès le début.

L'adénite grossit, devient fluctuante, se fistulise. La

malade interrompt le traitement le 11 juillet 1933 et part à la campagne.

Le 13 novembre 1933, elle est revue, pèse 52 kg. 800 et a un état général bon, mais la fistule continue à sup-purer.

Antigène local le 13 novembre 1933, 1/4 pur... 1 cm³ par piqûre de voisinage.

Le 30 décembre 1933, l'adénite est cicatrisée, la fistule fermée. La cicatrice se maintient ensuite, l'adénopathie sous-jacente a disparu. L'antigène suspendu le 24 avril 1934.

Revue le 9 juillet 1934, considérée comme définitivement guérie. (N'a plus été revue).

Obs. XV. — *Adénite cervicale gauche, récente et rapidement fistulisée. Ponction. Antigène local. Guérison lente, mais maintenue.*

Mlle Cha..., employée de bureau, 31 ans.

Antécédents : tuberculose fibreuse du sommet droit, ancienne. B. K. 0.

Vient le 21 février 1934 faire constater la présence d'un ganglion cervical gauche qui, rapidement, grossit, se ramollit.

L'antigène institué le 17 mars 1934, n'arrête pas l'évolution et le 27 mars 1934, la peau amincie et rouge nous autorise à pratiquer une ponction qui ramène un pus abondant très fluide. L'antigène est poursuivi, malgré la constatation par intermittences de petites réactions thermiques à 37°5-38° maximum.

Le 25 juillet 1934, 53 kg. 200 ; le ganglion a presque disparu, il est de la grosseur d'un pois. Une sérosité minime continue à sourdre par la fistule. Le 29 décembre 1934, la fistule est fermée, le traitement arrêté. Le 4 mai 1935, cicatrisation définitive.

Obs. XVI. — *Adénite cervicale gauche récidivante. Malgré l'excellent effet de l'antigène, sur la suppuration et l'état général, une récurrence eut lieu rapidement, deux mois après l'arrêt d'un traitement pourtant prolongé onze mois.*

Col..., 32 ans, gardien de la paix.

Présenta, en septembre 1930, une adénite cervicale gauche qui fut ponctionnée à diverses reprises. Le malade ne fut plus revu alors qu'il persistait quelques ganglions durs, mais peu mobiles, la suppuration étant tarie.

En juillet 1933, récurrence : suppuration interminable, lorsqu'on décide de pratiquer des ponctions évacuatrices suivies d'injections d'antigène.

Le 10 octobre 1933, amélioration nette. Le malade a, d'autre part, pris 3 kg. 300 en 3 mois (81 kg. 600).

Le 13 février 1934, la suppuration paraissant terminée, l'état général excellent (82 kg. 900), la reprise du travail est autorisée. Malgré tout l'antigène est continué, une fois la semaine, jusqu'à la date du 6 avril 1934, où la guérison paraît assurée.

Moins de deux mois après, nouvelle récurrence, pour laquelle nous n'avons pas pu entreprendre à nouveau le traitement à l'antigène.

Abcès froids

Obs. XVII. — *Abcès froid thoracique (d'origine costale). A cédé au traitement et disparut en 4 mois. La cicatrice est excellente.*

Mme Ja..., sans profession, 23 ans. Poumons 0. Etat général médiocre. Poids 44 kg. 500.

Présente le 1^{er} février 1934 un abcès froid thoracique, supposé d'origine costale, et dont le début remonte à

deux mois. Cet abcès, de la grosseur d'un œuf de pigeon, constituant une poche avec décollement important des tissus, est situé à la partie inférieure du thorax, en arrière et à droite.

Antigène local, dilué, puis pur, jusqu'à 1 cm³, deux fois par semaine.

Le 24 mars 1934, la fistulisation se produit.

Le 25 juin 1934, la fistule est fermée.

L'antigène poursuivi jusqu'au 26 juillet, la fermeture est définitive.

Malade revue le 18 septembre 1934. Résultat remarquable. Très bon état général. Poids 46 kg. La cicatrice est souple, très petite, étoilée, large de quelques millimètres. Radiographie : néant.

Obs. XVIII. — *Abcès froid abdominal. Guérison obtenue en 6 mois. Etat général amélioré.*

Fla..., 18 ans.

Antécédents de pleurésie bilatérale avec réaction péritonéale en juillet 1932.

Vient consulter le 4 juillet 1934 pour une tuméfaction sus-ombilicale prise tout d'abord pour une hernie épigastrique avec lipome préherniaire.

— Examen radiologique : séquelles de pleurésie. obscurité des sinus.

Etat général bon. Poids 65 kg. 500.

Le 4 août 1934, la masse se fistulise et on reconnaît un abcès froid abdominal. Antigène par paliers, 1 cm³ pur maximum, jusqu'au 16 février 1935.

L'amélioration fut soutenue et rapide.

La fistule est fermée le 20 février 1935 et le reste définitivement. Poids 69 kg. 500.

Obs. XIX. — *Abcès froid thoracique. Guérison.*

Do... G., coiffeuse, 18 ans.

Entre à l'hôpital le 13 décembre 1933 et présente un abcès froid thoracique sous-mammaire droit, constituant une tuméfaction ovalaire, à grand axe transversal du volume d'un œuf de pigeon, fluctuante et bien limitée, mobilisable sur les plans profonds (manœuvre douloureuse).

— Cette tuméfaction avait débuté en février 1933, l'abcès avait été ponctionné et la malade mise au traitement par l'allergine.

Antigène local depuis le 9 janvier 1934, tous les trois jours.

Le traitement est interrompu le 3 avril car la malade, au terme d'une grossesse, est passée en maternité.

Reprise le 27 avril.

Guérison obtenue le 30 mai.

Obs. XX. — *Petit abcès froid d'inoculation, au cours du pneumothorax. Disparition progressive par l'antigène local.*

Che..., 29 ans, monteur-ajusteur.

Entré à l'hôpital le 19 avril 1933 et porteur d'un pneumothorax droit depuis le 4 mai 1932, présente, en mai 1933, un petit abcès froid thoracique, de la grosseur d'une noix, sur la ligne axillaire droite, résultat probable d'une inoculation de la paroi, au cours d'une insufflation. Dès le 24 mai, on introduit localement dans l'abcès l'antigène, 1 goutte, 2, 3, etc., d'antigène pur tous les cinq jours. L'abcès a diminué progressivement et était à peine sensible à la palpation, lorsque le malade quitta l'hôpital, sur sa demande, le 8 août 1933.

Obs. XXI. — *Abcès froid de la paroi thoracique, d'inoculation. Guérison en 1 mois.*

Dad..., 35 ans, chauffeur de taxi.

Entre à l'hôpital le 26 juillet 1933 et devient porteur

d'un pneumothorax gauche (réaction liquidienne importante).

C'est vraisemblablement à la suite d'une ponction qu'apparut, en février 1934, un petit abcès d'inoculation qui se développa lentement et atteignit la grosseur d'une noix.

Injection d'antigène localement, du 28 mars au 28 avril, date de la disparition de l'abcès.

Obs. XXII. — *Abcès froid thoracique d'origine costale, suppuration. L'antigène n'a eu aucune influence sur son évolution.*

Pichon A., 19 ans.

Un pneumothorax gauche, institué chez ce malade le 26 août 1933, s'est compliqué de perforation pleuro-pulmonaire en mai 1934. L'état général est mauvais.

En juillet 1934, apparition d'un abcès froid costal qui se fistulise le 7 août, malgré le traitement à l'antigène institué immédiatement. La suppuration se maintient, abondante, avec fièvre hectique, sans être influencée par l'antigène, qui est abandonné le 18 août.

(Ce malade est décédé le 3 novembre 1934, de sa suppuration pleuro-pulmonaire).

Fistules anales

Obs. XXIII. — *Fistule anale, suppuration. Amélioration, mais persistance d'une suppuration minime. Demi-échec. (Instillation d'antigène).*

M. La..., employé de chemin de fer, 35 ans.

Présente depuis plusieurs semaines une fistule anale, à plusieurs pertuis, par où s'écoule une suppuration minime, mais persistante et gênante.

Un essai de pansement local, aux compresses imbibées d'antigène, reste négatif.

— On pratique alors, à l'aide d'une aiguille mousse (à pointe coupée), des instillations d'antigène à doses progressives, d'abord dilué, puis pur.

— On note une amélioration nette et de l'état local et de l'état général. Toutefois, il persiste un suintement léger par la fistule.

Le traitement est poursuivi actuellement.

Obs. XXIV. — *Fistule anale. Instillations d'antigène. Guérison en 3 mois.*

M. Kl..., 30 ans, qui a des antécédents de tuberculose scléreuse, à évolution torpide avec mauvais état général et gastro-intestinal, présente une fistule anale depuis plusieurs mois, avec suppuration.

Instillations d'antigène local, suivant la même technique deux fois par semaine.

En 3 mois, guérison absolue (qui se maintient actuellement).

Tuberculoses cutanées

Obs. XXV. — *Gomme tuberculeuse ulcérée. Antigène sous-cutané sans résultat. Traitement anti-syphilitique d'essai, nul. Pommade à l'antigène : cicatrisation en 3 mois.*

Mme Be..., 36 ans, employée de banque.

Gomme tuberculeuse ulcérée de la jambe gauche depuis fin 1932. (Cette gomme, récidivante, apparut une première fois en 1929 et sa cicatrisation n'avait jamais été parfaite).

On entreprend d'abord une série de piqûres d'antigène

sous-cutané sans résultat jusqu'à la date du 9 février 1933, où on l'interrompt pour essayer, malgré les réactions sanguines (B.W., Hecht) négatives, un traitement d'épreuve au cyanure de mercure. Celui-ci ne donne aucune amélioration et est arrêté le 11 mars 1933.

Sur les conseils du docteur Courcoux, la malade est alors mise à la pommade à l'antigène, en pansement bi-hebdomadaire.

L'amélioration survient : la plaie se nettoie, s'assèche et la cicatrisation est obtenue en 3 mois.

Obs. XXVI. — *Tuberculide avec érythème induré de Bazin. Guérison en 1 mois 1/2.*

Mlle Dubois Y., 23 ans, employée de banque.

Tuberculose cutanée de la jambe droite, à forme ulcéreuse, avec érythème induré de Bazin, apparue depuis quelques mois (décembre 1934).

Pommade à l'antigène depuis le 12 janvier 1935.

Très grosse amélioration d'emblée.

On note, le 26 février 1935, que la plaie ulcéreuse est fermée. La cicatrisation s'est consolidée sous l'influence du traitement qui s'est poursuivi quelques semaines encore.

CONCLUSIONS

De l'expérience de l'antigène méthylique de Boquet et Nègre, employé en injections sous-cutanées, tous les auteurs ont fourni des résultats convergents : il donne ses meilleurs résultats dans les tuberculoses ganglionnaires ou chirurgicales superficielles, ou cutanées. Il reste inconstant dans la tuberculose pleuro-pulmonaire et chirurgicale profonde.

Il nous a paru intéressant d'employer, pour ces cas favorables réalisant la plupart du temps des tuberculoses isolées et à évolution localisée, un traitement direct, *in situ* : l'antigénothérapie locale.

I. — Cette méthode ne s'est pas heurtée à des inconvénients d'ordre technique, elle reste inoffensive ; les réactions étant rares et bénignes.

II. — Les adénites, qui furent à la base de nos essais, ont réagi très favorablement dans l'ensemble. L'action sur la suppuration a pu être mise particulièrement en évidence. Sa rapidité doit lui faire donner la préférence sur la méthode généralement employée, par injections sous-cutanées.

III. — D'autres tuberculoses chirurgicales (abcès froids, fistules anales), localisées et accessibles, nous ont conduit aux mêmes bons résultats.

IV. — Vis-à-vis des tuberculoses cutanées, nos essais ont été trop peu poussés pour que nous en tirions des conclusions précises. Néanmoins, nous avons pu entrevoir là, l'utilisation d'une voie nouvelle.

V. — Nous pensons donc, qu'à la condition de respecter ses indications, l'antigénothérapie locale a sa place dans la thérapeutique de l'infection tuberculeuse.

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BIDERMAN. — Recherches cliniques sur l'action de l'Antigène méthylique dans les manifestations tuberculeuses et en particulier dans les Adénites tuberculeuses (*Thèse Paris*, 1926, Librairie Arnette).
- NÈGRE ET BOQUET. — 1) Traitement de certaines tuberculoses chirurgicales par application locale d'Antigène (*La Médecine*, mai 1931).
- 2) Le traitement de la tuberculose par l'Antigène méthylique (Masson, éditeur, 1922).
- M. DUPONT. — Contribution à l'Etude du traitement des tuberculoses externes par l'Antigène tuberculeux méthylique (*Concours Médical* du 10 février 1929).
- G. HUFSCMIT. — Traitement du lupus vulgaire par l'Antigénothérapie locale (*Paris Médical*, 9 mars 1929).
- A. COURCOUX et P. MERKLEN. — Action de l'Antigène méthylique de Nègre et Boquet sur les réactions liquidiennes du pneumothorax artificiel (*Revue de la Tuberculose*, janvier 1930).
- B. BLANKOFF. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'Antigène méthylique (*Revue de la Tuberculose*, mars 1933).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
------------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

L'antigène méthylque	15
--------------------------------	----

DEUXIÈME PARTIE

L'antigénotherapie locale	27
-------------------------------------	----

TROISIÈME PARTIE

Résultats thérapeutiques	37
1° Adénites tuberculeuses	39
2° Autres tuberculoses chirurgicales	48
3° Tuberculoses cutanées	51

QUATRIÈME PARTIE

OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE.
MM. VIGOT Frères



